

FACULTE de MEDECINE de PARIS

Année 1960

N°

730

THESE
pour le

DOCTORAT en MEDECINE

par

LEZER Roger
Ancien ~~Externe~~ des Hôpitaux de Paris
né le 19 Septembre 1929
à Haiphong (Tonkin)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES PROBLEMES POSES par l' ORNITHOSE HUMAINE

Président : M. G. LAVIER, Professeur.

Année 1960

N°

THESE
pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

LEZER Roger
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
né le 19 Septembre 1929
à Haiphong (Tonkin)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES PROBLEMES POSES par l'ORNITHOSE HUMAINE.

Président : M. G. LAVIER, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM, Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Levy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR..... Jean VERNE,

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel).....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J.)
Bactériologie.....	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....	MOUQUIN (M.)
(Beaujon.....	SICARD (A.)
)Cochin.....	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu.....	MENEGAUX (G.)
)St-Antoine.....	GOSSET (J.)
(Salpêtrière.....	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopé- dique (Enfants-Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et ré- paratrice (Cochin)	MERLE-D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec).....	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....	FUNCK-BRENTANC (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphili- ques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades).....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)

Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel).....	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATel (J/)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL (C)) COUINAUD C. (OLIVIER G.	Orthopédie.....	(JUDET T.) RAMADIER J.
		Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN J.
	(MEL GAUTHIER) VILLARS P. (pr; s; ch.	Parasitologie	(BRUMPT L.C. pr s. ch. (CHABAUD A.
Anatomie pathologique	) BUSSER F.) GOUYGOU Ch. (ORCEL L.) PAILLAS J.		(BARCAT J.) BINET J. P. CAUCHOIX J. (CHATELIN C. L) DUBOST Ch (DUBOST Cl.) FAUREL J.) FLABEAU F.) GERMAIN A. (LAURENCE G. ag. per.) LORTAT-JACOB) LOYGUE J. (MERCADIER) PERROTIN J. (ROBERT H.) THOMERET G.
Anesthésiologie.....	VOURC'H G. (NEVOT A. pr.) s. ch.	Pathologie - chirurgicale	
Bactériologie.....	(BARBIER P.) CHRISTOL D. (TOURNIER P. (DESGREZ P. pr.) s. ch.) POLONOSKI J.) m. conf. (SCHAPIRA G.) m. conf.		
Biochimie médicale ...		Pathologie exotique	SCHNEIDER J.
Biologie médicale ...	BOURLIERE F. m. conf.		(CROSNIER J.) HARTMANN L. (LOEPER J.) MAURICE J. PLAS F. (RICHET G.
Carcinologie	(DENOIX P.) MATHE G.	Pathologie expérimentale	
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT B.		
Electro-radiologie...	LEDoux-LEBARD		
Embryologie.....	TUCHMANN- DUPLESSIS H.		

	MM.		MM.
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER G.) DAUSSET J.		(AUSSANNAIRE M.) BOUR H.
	(COUJARD R.) pr. s. ch.		(BOUVIER J.) BOUVRAIN Y.
Histologie	MARCOIS M. (RACADOT J.		(BRICAIRE H.) BRISSAUD H.
			(BROCARD H.) BUGE A.
Hydrologie	CORNET A. (BOYER J. pr.) s. ch.		(CASTAIGNE P.) m. conf.
Hygiène	(CORRE-HURST) (Mme L.)	Pathologie médicale	(CATINAT J.) CONTAMIN F.
Maladies infect....	(BASTIN R.) DUPONT V.		(COURY C.) FREZAL J.
	(DEROBERT L. pr. s. ch.		(HOUSSET E.) LAROCHE Cl.
Médecine légale	)HADENGUE A. (FOURNIER E.)GUENIOT M.		(LESOBRE R.) MACREZ C.
Médecine du travail	ALBAHARY C.		(NICK J.) PEQUIGNOT H.
Neuro-chirurgie.....	DAVID M.		(m. conf.) ROYER P.
Neurologie	LHERMITTE F. (GRANJON A.)HERVE E.		(WOLFROMM R.
	(LE LORIER G.)MORIN P.	Pneumo phtisiologie	KREIS B.
Obstétrique	MUSSET R. (ROBEY M.)THOYER-ROZAT J.	Psychiatrie	PICHOT P.
		Psychiatrie infantile	DUCHE D.
Ophtalmologie.....	(BREGEAT P.)SARAUX H.	Rhumatologie.....	DELBARRE F.
	(JOSEPH R. MANDE R.		(CERNEA P. Mme CHAPUT A.
Pédiatrie - Puériculture	)MOZZICONACCI (POLONOVSKI C.)ROSSIER A.	Stomatologie	(m. c. agr.) GRELLET M.
	(Mlle LEVY J.) pr. s. ch.		(CHASSAGNE P.) LAMOTTE M.
Pharmacologie.....	(BOISSIER J.)LECHAT P.	Thérapeutique.....	
	(PARROT J.) pr. s. ch.		
Physiologie	(DEJOURS P.	Urologie.....	QUENU L.
Physique médicale	GOUGEROT L. m. conf.		

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	(ABOULKER P. :	Clinique neuro rhumatologique	SEZE S. de
	(AMELINE A. :		(GRASSET J.
	(HUGUIER J. :		)LEPAGE F.
	) LEGER L. :	Clinique obstétricale	(MAYER M.
	(OLIVIER C. :		)MERGER R.
	(PADOVANI P. :		(RAVINA J.
	(POILLEUX F. :		
	) ROUX M. :	Clinique	(DESVIGNES P.
Clinique médicale	(VERNE J.M. :	ophtalmologique	)OFFRET G.
	(HAGUENEAU J. :	Clinique oto-rhino-	
	) pr. s. ch. :	laryngologique	MADURO R.
	(BOUDIN G. :		
	)CONTE M. :	Clinique pédiatrique	
	(DOMART A. :	et puériculture	LAPLANE R.
	)MILLIEZ P. :		
	(PERRAULT M. :	Clinique psychiatrique	BARUK H.
	)RAMBERT P. :		
	(THIEFFRY S. :	Clinique urologique	KUSS R.
	)TURIAF J. :		

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie.....	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Melle CHAN- TREVIL (G.) Melle HURE (A.)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs.....	Melles DUMAITRE P., GOICHON A.M.
Bibliothécaires	(Mme CONTET J., Melles LAURENT H LE NOIR G., QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

mort pour la France.

A MA MERE

à qui je dois tout, en hommage
aux lourds sacrifices qu'elle s'est
imposés pour moi.

A MA GRAND ' MERE

Avec toute ma tendre affection,

A Monsieur le Professeur G. LAVIER
Professeur de Pathologie exotique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Avec mes respectueux remerciements
pour le grand honneur qu'il m'a fait en
acceptant de présider cette thèse.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

<u>1949-1950</u>	- M. le Professeur LIAN
	- M. le Professeur MONDOR
<u>1950-1951</u>	- M. le Docteur ALBEAUX-FERNET
	- M. le Professeur PETIT-DUTAILLIS
<u>1951-1952</u>	- M. le Professeur LELONG
	- M. le Docteur MEYER
	- M. le Docteur WELTI
<u>1952-1953</u>	- M. le Professeur ALAHOUANINE
	- M. le Professeur DUPERRAT
	- M. le Professeur MAYER
	- M. le Professeur MOLLARET

Externat :

<u>1953-1954</u>	- M. le Docteur WELTI
	- M. le Docteur LEBEAU
<u>1954-1955</u>	- M. le Docteur WELTI
	- M. le Professeur AMELINE
<u>1955-1956</u>	- M. le Professeur GRASSET
<u>1956-1957</u>	- M. le Professeur GRASSET
<u>1960-</u>	- M. le Professeur THOYER-ROZAT

A mon ami Bernard de PARADES,
Interne des Hôpitaux de Paris

Avec toute ma reconnaissance pour
l'aide qu'il m'a apportée.

LES PROBLEMES POSES PAR L'ORNITHOSE HUMAINE

I - AVANT - PROPOS .

Les cas d'ornithose semblent actuellement se multiplier dans notre pays, et s'il s'agit d'une maladie d'évolution généralement bénigne, c'est surtout sur le plan de son diagnostic que des erreurs risquent d'être commises.

L'ornithose vient en effet occuper une place importante parmi les tiologies possibles de ces pneumonies à virus sur lesquelles tant d'auteurs se sont penchés ces dernières années, et pour lesquelles cependant, bien des obscurités persistent.

La localisation bronchopulmonaire habituelle de cette virose, les formes cliniques, parfois radiologiques, qu'elle peut revêtir, ont pu dans certains cas en imposer pour une tuberculose pulmonaire. Des faits d'associations morbides sont également possibles, ornithose et tuberculose, ornithose et silicose, qui compliquent encore le diagnostic.

Une allure pseudo-grippale, un syndrome typhoïdique, des troubles neurologiques, ont pu également poser des problèmes de diagnostic positif et différentiel, et donc, de thérapeutique. Pourtant, nous disposons des moyens de diagnostiquer cette curieuse virose dont la transmission est assurée par les pigeons, les oiseaux, mais qui peut se faire sans contact direct. Des tests sérologiques, des aspects radiologiques, doivent pouvoir identifier la maladie, à condition toutefois que l'on pense à elle : Lapalissade qui n'est pas complètement inutile, car l'ornithose n'est pas toujours présente à l'esprit du clinicien.

Des cas ont été décrits, et même des épidémies observées qui ne furent qu'ultérieurement rapportés à leur cause véritable.

Les cas devinrent bientôt assez nombreux pour qu'on leur consacre des études d'ensemble. P. LEPINE, puis à Genève, FALLET publièrent en 1950 et 1951 des mises au point cliniques et sérologiques qui restent à la base même de toute étude sur la question.

Cependant, les cas cliniques isolés ont montré de nouveaux aspects pulmonaires de la maladie, ses formes d'emprunt, qui nous paraissent mériter une grande attention, car, en pratique courante ce sont ces formes qui risquent de provoquer des erreurs de diagnostic.

JEUNE & GALY, en Janvier 1950, faisaient un rapport sur les pneumonies à virus, et y faisaient figurer les formes pulmonaires de l'ornithose. Tests d'orientation, tests de certitude, de certitude et ressources de la pneumologie étant utilisés dans les pneumonies à virus afin d'en exclure l'étiologie bacillaire et d'en préciser la cause véritable. Dans les pneumonies à virus, on fut alors amené à placer les corticopleurites, les infiltrats labiles, les congestions pulmonaires; mais il demeurait encore des cas mal définis qui par la suite se révélèrent, grâce à la déviation du complément avec l'antigène de l'ornithose -psittacose, relevant de cette étiologie.

Grâce à ces nouveaux tests sérologiques mis au point par P. LEPINE, il apparut que "l'ornithose couvre une partie importante de ces pneumopathies jusqu'alors mal classées" (BOUCHER). Et des épreuves sérologiques devaient montrer que 13 % de ces pneumopathies mal définies représentent l'expression pulmonaire de l'ornithose : par cette fréquence, on voit toute l'importance de cette virose.

En 1953, BOUCHER et ses collaborateurs pouvaient exposer dans une étude d'ensemble, les données nouvelles ainsi acquises sur la maladie étudiée dans 34 cas particuliers.

Ce fut le signal, semble-t-il, d'un regain d'intérêt pour l'affection, dont les observations vont alors aller en se multipliant :

En 1956, WAREMBOURG et ses collaborateurs apportent un cas d'ornithose pulmonaire avec manifestations méningo-encéphaliques tandis que VOISIN montre la possible association de l'ornithose et de la silicose pulmonaires. Le diagnostic sérologique de l'ornithose est exposé par MATTHIESEN tandis que GERNEZ-RIEUX revient sur les aspects cliniques, épidémiologiques et radiologiques des manifestations bronchopulmonaires de l'ornithose, dont bien des cas sont décelés chez les mineurs de charbon. Autre risque d'erreur diagnostique, les aspects pseudo-cavitaires de l'ornithose pulmonaire, dont PLAUCHU apporte des exemples.

En 1957, MOREIGNE et MOLLARET décrivent une épidémie d'ornithose d'allure surtout pseudo-grippale, survenue à Saint-Tropez et dont le diagnostic étiologique mit un certain temps à s'imposer.

Autre forme pulmonaire décrite, toujours en 1957, par MICHON et collaborateurs, de Nancy, l'association de l'ornithose avec une pleurésie à éosinophiles. CHAPTAL et SOHIER apportent trois cas d'ornithose à forme pulmonaire, et BRETON en signale deux cas chez l'enfant.

En 1958, c'est une manifestation rénale de l'ornithose que décrivent MICHON, DE LAVERGNE et collaborateurs. BESSON fait à l'Académie de Médecine une mise au point de la question, incrimine la responsabilité des pigeons des grandes villes, de Paris en particulier, et suscite une intéressante discussion.

Monsieur le Professeur DEBRE signale la rareté de l'ornithose pulmonaire chez l'enfant, aucun cas n'ayant été observé dans son service. Enfin, DOMART tout récemment, a insisté sur les manifestations neurologiques de la virose.

+

Il s'agit donc d'une maladie à l'ordre du jour, en extension numérique semble-t-il, maladie bénigne jusqu'à présent, mais qui risque d'entraîner des erreurs de diagnostic. C'est pourquoi nous avons pensé que puisque l'affection reste encore mal connue de certains cliniciens, alors qu'elle possède déjà un riche passé, le moment était venu d'en faire une mise au point. Celle-ci comprendra :

- une étude épidémiologique
Fréquence croissante
Vecteur
Mode de contamination et de transmission y étant envisagés;
- une étude clinique
Symptomatologie,
Formes diverses;
- un exposé des données du diagnostic sérologique et radiologique;
- enfin, un aperçu thérapeutique.

II - EPIDEMIOLOGIE .

"L'ornithose est une maladie transmise par les pigeons" (BES SON). Maladie qui est due à la transmission occasionnelle à l'homme d'un virus qui atteint, le plus souvent de façon inapparente, diverses espèces d'oiseaux parmi lesquelles il faut citer principalement, le pigeon. Dans les villes, la contamination humaine s'effectue le plus souvent par l'intermédiaire des poussières de fientes de pigeon desséchées, soulevées par le vent, dispersées à travers l'atmosphère avec leurs virus et inhalées par les passants. C'est dire que la voie aérienne est de règle, c'est expliquer aussi la fréquence, la prédominance des manifestations respiratoires dans la maladie.

L'index d'infection ornithosique des pigeons peut être élevé dans les grandes villes, et l'on a cité, dès 1945-1946, le pourcentage de 22,2 % pour Chicago, de 33 % pour Ontario, de 15 % pour Baltimore, de 69 % en Belgique.

P. LEPINE a fait réaliser dans ses services des virus, à Pasteur, des examens sur un certain nombre de pigeons parisiens, ce qui a montré que 72 % d'entre eux sont porteurs de virus de l'ornithose, alors que chez les pigeons capturés à la campagne, cette proportion n'est que de 16 %. Par ailleurs, les sérums des malades atteints de syndromes pneumoniques envoyés au Service des Virus de l'Institut Pasteur pour diagnostic, donnent, selon les années, de 8 à 12 % de déviations du complément positives pour l'ornithose.

Il y a un certain nombre d'années, Monsieur le Professeur TANON et NEVEU avaient trouvé, au Laboratoire des épidémies à la Préfecture de Police, une proportion de 3 à 5 % seulement de pigeons suspects.

La fréquence actuelle de l'ornithose est certainement en nette augmentation, comme le prouve la statistique fournie par le Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris en matière de virologie qui

travaille en relations étroites avec l'Institut Pasteur :

en 1950, sur 93 sérums envoyés au Laboratoire en vue du diagnostic d'ornithose, 6 ont été positifs : environ 6 %;

en 1952, sur 258 sérums examinés, 28 ont été positifs, soit environ 10 %

en 1953, sur 337 sérums examinés, 40 ont été positifs, soit environ 7 %

en 1955, sur 570 sérums examinés, 40 ont été positifs, soit environ 7 %

en 1956, sur 692 sérums examinés, 80 ont été positifs, soit environ 11 %

en 1957, sur 1.090 sérums examinés, 100 ont été positifs, soit environ 9 %;

en 1958, sur 83 sérums examinés entre le 1er et le 20 février, 20 ont été positifs, soit environ 25 %.

En rapprochant ces chiffres du nombre élevé de pigeons contaminés, 72 % pour M. le Professeur LEPINE, on peut se demander si les cas de virose humaine ne sont pas en rapport avec l'augmentation excessive du nombre des pigeons : ce que semble bien indiquer le laboratoire.

Mais, Paris et ses pigeons ne sont pas seuls en cause. Au Service d'Hygiène et de Bactériologie de la IIIème Région Maritime, Toulon, on a enregistré pendant l'Eté 1956 à Saint-Tropez, une petite épidémie d'ornithose humaine que MORREIGNE & MOLLARET ont rapportée, après avoir observé une vingtaine de cas.

Tous les malades avaient visité une exposition d'oiseaux avec contamination vraisemblablement indirecte, puisqu'aucun des visiteurs n'avait touché les oiseaux; il faut donc faire intervenir une contamination indirecte par l'intermédiaire probable des déjections desséchées, en suspension dans l'atmosphère du local et la projection de sécrétions nasales. La contamination inter-humaine n'a pas joué ici, et d'ailleurs vis-à-vis des oiseaux elle a été limitée, puisque seuls quelques visiteurs ont été infectés.

A noter que ces vingt cas ont tous donné une même symptomatologie pulmonaire aigüe et pseudo-grippale.

Trente-quatre observations recueillies dans l'Armée par BOUCHER et collaborateurs ont montré que les sujets provenaient soit de quartiers différents de Lyon et de sa banlieue, soit de régions très éloignées les unes des autres et qui ne s'étaient jamais trouvés en contact, sauf toutefois dans deux cas, où une des malades paraît avoir été la cause d'une contamination hospitalière. Il s'agissait donc de cas sporadiques, ce qui est fréquent dans l'ornithose..

Sauf dans quelques cas, on n'a pas trouvé dans cette série de contact aviaire, avec les pigeons en particulier, et la contamination a du vraisemblablement se faire, par inhalation accidentelle de poussières virulentes.

Un deuxième groupe, plus homogène, se compose de 17 sujets venus d'un même camp militaire de la région lyonnaise, et dont l'ornithose a été dépistée chez eux en l'espace de quinze mois. Le camp est situé en pleine campagne, possède une entrée orientée vers le sud et encadrée de cages contenant des pigeons et des poules. Les vents venant surtout du sud, il est probable que la contamination s'est faite par les déjections des oiseaux, séchées et entraînées par le vent avec les poussières. Il ne paraît pas y avoir eu transmission inter-humaine alors que l'apparition de chaque cas clinique a correspondu à une période de vents du Sud.

Ce mode de contamination est donc valable pour les huit premiers cas recueillis par BOUCHER mais ne vaut plus pour les neuf cas suivants, où la recrudescence de l'endémie semble plutôt s'expliquer par la présence dans le camp d'une unité colombophile de l'Armée, comprenant 70 pigeons voyageurs. Deux militaires qui soignaient ces oiseaux ont présenté dans le sang des anticorps ornithosiques.

Donc les cas peuvent être sporadiques, provenant de régions fort diverses, ce qui d'ailleurs traduit la large diffusion du vecteur pathogène (LEPINE, SAUTTER) ; d'autres sont plus nettement endémo-épidémiques, et sont en rapport avec une maladie inapparente chez les pigeons.

+

Quant à la répartition géographique de la maladie, il semble qu'elle soit généralisée au globe. Dindons, canards, pigeons, perruches, peuvent transmettre à l'homme une maladie à virus, psittacose, plus dangereuse, ornithose, bénigne.

Quatre vingt dix huit espèces d'oiseaux dont 57 appartiennent à la famille des perroquets et des perruches peuvent être porteurs de virus pathogènes pour l'homme. Mais à noter que jusqu'ici aucun cas d'ornithose n'a été signalé après consommation de volailles infectées, la voie digestive semblant exclue.

Le pigeon, sauvage ou domestiqué, est également vecteur du virus de l'ornithose, et des infections parmi les colombophiles, les

propriétaires de pigeonniers, ont été signalées dans le monde entier (K.F. MEYER, de la Fondation George William HOOPER, Université de Californie).

Les perruches et oiseaux d'agrément dont le commerce s'est beaucoup accru récemment, ont augmenté la fréquence de la psittacose et de l'ornithose. C'est en Allemagne, au Danemark, en Suisse en Grande Bretagne et au Japon, que des cas d'ornithose ont été attribués aux oiseaux d'agrément.

En Italie et en France, l'ornithose paraît être endémique chez d'autres oiseaux, d'où les cas d'infection humaine.

La chimiothérapie appliquée aux dindons, pigeonneaux, n'a pas donné de résultats nets jusqu'ici.

III - SYMPTOMATOLOGIE et FORMES CLINIQUES .

L'ornithose humaine est surtout intéressante par ses manifestations broncho-pulmonaires, qui donnent lieu à des difficultés de diagnostic différentiel, surtout importantes dans les associations morbides, avec la silicose, voire avec la tuberculose.

Mais à l'intérieur du syndrome respiratoire, les formes sont diverses. On verra apparaître des pneumopathies sans gravité, encore que la persistance d'altérations bronchiques doive faire réviser cette réputation peut-être usurpée de bénignité (GERNEZ-RIEUX) : on porte alors un diagnostic anatomoclinique de cortico-pleurite, de bronchite traînante, d'infiltrats labiles.

Le début se fait par une brève phase de malaise général aboutissant à un syndrome pseudo-grippal éphémère, suivi d'une toux au long cours, caractérisant la maladie. Mais on peut également voir cette toux, s'installer insidieusement, sans fièvre, avec dysphonie, voire hémoptysies d'origine bronchique, objectivée à la bronchoscopie par des lésions bronchitiques.

A la période d'état, où sont vus la plupart des malades, on trouve une intense prostration, des troubles digestifs, un exanthème, signes d'ailleurs exceptionnels; par contre, le tableau est dominé par la toux, sèche, désagréable, non productive, avec expectoration mucopurulente cependant s'il y a infection secondaire; points thoraciques, voire signes radiologiques, mais sans dyspnée vraie. La fièvre est inconstante. Elle peut monter à 39-40° pendant quelques jours. Non exceptionnelles sont les formes apyrétiques, ou subfébriles. La toux au long cours, les signes radiologiques restent les caractères prédominants. Classiquement on admet une discordance entre pouls et température : elle est trop inconstante pour avoir de la valeur, et il en est de même d'un autre symptôme dit classique, l'albuminurie.

Les signes physiques vont se modifier en cours d'évolution. Au début, ils sont absents ou discrets, tout au plus l'auscultation et la percussion donneront une submatité; puis dans la région axillaire ,

souvent bilatéraux, apparaîtront des râles bulleux, secs, crépitants, avec ou sans râles bronchiques : signes d'une grande valeur puisque la maladie reste essentiellement caractérisée par la toux pénible et tenace par les râles bulleux dans les régions axillaires.

On a parfois trouvé des signes pneumoniques, souffle, râles en couronne, transformation du i en é chez l'enfant. Des atteintes pleurales, discrètes, s'annoncent par une submatité modérée de la base et diminution du murmure vésiculaire. Fugaces, elles ne sauraient donner lieu à des ponctions. Sur les clichés, on verra un sinus émoussé pendant quelque temps, mais si l'atteinte pleurale est plus intense elle a pu être mise sur le compte d'une réactivation bacillaire.

FAVOUR, BOUCHER, ont signalé les adénopathies périphériques, inconstantes, mais très typiques de l'origine particulière par ornithose, de la pneumonie, puisque dans les autres pneumonies à virus, on ne les trouve pas chez l'adulte.

Chez les malades jeunes, non tarés, traités précocement par les chimiothérapiques, l'évolution est bénigne. Cependant des formes toxiques ont été décrites par FAVOUR, FALLET, en particulier chez le vieillard, les sujets fragilisés. La convalescence reste longue, marquée d'asthénie persistante.

Pour LEPINE, trois formes cliniques sont à distinguer :

- forme pseudo-grippale,
- forme typhoïde,
- forme pneumonique,

ce qui d'ailleurs se retrouve dans toutes les pneumonies à virus.

La forme pseudo-grippale, comme son nom l'indique, reproduit à peu près un épisode de grippe banale, mais ne donne évidemment pas les tests virologiques de la grippe, mais un test positif pour la déviation du complément pour l'ornithose-psittacose.

Cette forme semble rare, elle est transitoire, et le plus souvent la phase grippale fait rapidement place à un tableau pulmonaire plus pur, cortico-pleurite, pneumonie, congestion, bronchite. La forme grippale n'est donc le plus souvent qu'une phase initiale de la maladie.

La forme typhoïde est beaucoup plus rare encore, elle se voit chez le vieillard, les sujets tarés, et elle est dominée par une prostration peu intense et surtout peu durable. A cette forme nous rattacherons les manifestations neurologiques qui s'associent d'ailleurs aux

symptômes pulmonaires.

WAREMBOURG et NIQUET, en collaboration avec VOISIN, ont rapporté un cas d'ornithose pulmonaire chez un malade de 54 ans. La diagnostic a été fait sur la réaction de déviation du complément, positive à 1/80 puis à 1/160. Le pigeon contaminateur présentait également une réaction positive à 1/160. Les manifestations pulmonaires s'associaient à un syndrome méningé, à un tableau de confusion mentale avec hémiparésie gauche et signe de Babinski bilatéral. Il existait des modifications liquidiennes sous forme de dissociation albumino-cytologique, et des altérations minimales pariéto-rolandiques droites sur l'électro-encéphalogramme. La régression de la maladie a été longue, trois mois après le début, il persistait une diminution de la force segmentaire du côté gauche, et un signe de Babinski.

DOMART a montré lui aussi que l'ornithose est capable de déterminer des manifestations neurologiques. Dans le premier cas de cet auteur, il s'agit d'une hémiplégie, dans le second cas d'un syndrome médullaire, l'un et l'autre apparus au cours d'un syndrome infectieux, et accompagnés d'une méningite lymphocytaire.

La responsabilité de l'ornithose est démontrée par la notion d'un contact infectant avec des pigeons, et par les variations, parallèles à l'évolution clinique, des taux de fixation du complément.

Touche neurologique encore dans deux cas de MOREIGNE et L. MOLLARET :

- un enfant de 12 ans présente brusquement une violente céphalée, une fièvre à 38°4, syndrome reproduit quatre jours plus tard chez le père du petit malade, et chez une femme sans contact avec ces deux sujets
- un malade âgé, tabétique et éthylique, présente de son côté un état de prostration avec fièvre à 40° et malaise général; ce type de syndrome a été observé dans de nombreux cas de cette petite épidémie de Saint-Tropez.

L'enfant a présenté une légère réaction méningée, avec dissociation du pouls et de la température, mais conservation des réflexes tendineux. Les signes méningés ont disparu en 48 heures pour laisser la place à un foyer de condensation pulmonaire de la base gauche, avec intensification ultérieure dans le creux axillaire.

Chez le père de ce petit malade, la réaction méningée fruste s'accompagna de céphalées intenses, dissociation du pouls et de la température, puis bronchite diffuse.

La troisième forme est exclusivement pulmonaire, voire même pneumonique. C'est de pneumopathie qu'il s'agit en réalité, et mieux de "formes à majoration broncho-pulmonaire" avec syndrome bronchique constant et important, toux tenace absolument constante.

Cette forme pneumonique est si importante et si constante, qu'elle est considérée habituellement comme l'expression même de l'ornithose humaine.

La radiologie que nous étudierons à propos du diagnostic, la bronchoscopie,, montrent l'importance de l'atteinte respiratoire. Faite précocement, l'endoscopie donne les images habituelles de la pneumonie à virus, rougeur diffuse, hyperexcitabilité tussigène au contact, hypersécrétion muqueuse ou muco-purulente, liberté des éperons.

Lorsque cliniquement sont apparues des hémoptysies bronchiques, l'endoscopie révèle un œdème localisé sur un éperon principal ou secondaire, correspondant exactement à l'infiltrat pathologique : bronchite localisée, comme dans toutes les pneumonies atypiques à virus.

Si l'examen endoscopique est pratiqué tardivement, les anomalies anatomopathologiques ont pratiquement disparu. Les aspects bronchoscopiques de l'ornithose sont donc analogues à ceux de la pneumonie à virus ou de la pneumonie grippale.

A noter, le fait curieux parfois signalé d'une action thérapeutique de la bronchoscopie dans l'ornithose pulmonaire, encore que cette action soit ici exceptionnelle, alors qu'elle est relativement fréquente dans les autres formes étiologiques des pneumonies à virus.

GERNEZ-RIEUX ayant observé 23 cas d'ornithose, en précise les manifestations broncho-pulmonaires en particulier du point de vue radiologique : en particulier, il insiste sur les troubles de la ventilation, sur les atélectasies lamellaires, les formes bronchiques pures.

L'examen endoscopique et les biopsies bronchiques ont confirmé l'importance de l'atteinte bronchique et sa persistance.

Diagnostic différentiel avec la tuberculose, avec la silicose, possibilité de l'association de l'ornithose et de l'une de ces maladies, tels sont enfin les derniers points importants dans l'étude de la forme pulmonaire de l'affection virale qui nous occupe.

PLAUCHU et DALMAIS ont observé un cas d'ornithose pulmonaire à forme pseudo-cavitaire : une pneumopathie aiguë fit en effet penser, à une tuberculose pulmonaire par son allure clinique : hémoptysies, par son aspect radiologique : lésions pseudo-cavitaires.

Les réactions sérologiques permirent de faire le diagnostic d'ornithose.

A noter ici l'efficacité spectaculaire de la bronchoscopie, qui a fait disparaître très rapidement une toux qui persistait depuis trois semaines.

Le cas de A. BESSON illustre mieux encore les risques d'une confusion entre tuberculose et ornithose pulmonaire.

Une femme-médecin d'une quarantaine d'années, sans antécédent tuberculeux, est atteinte d'une affection fébrile à localisation broncho-pulmonaire persistante et trainante, qui fait soupçonner une tuberculose évolutive.

Les signes radiologiques, la fièvre, la toux persistante, amènent le phthisiologue à porter ce diagnostic et à prescrire le départ en sanatorium. Le hasard fait qu'au moment de partir, la malade rencontre un de ses confrères, bien connu, et lui décrit son affection. Celui-ci est frappé par certaines anomalies qui lui semblent peu compatibles avec le diagnostic de tuberculose, pense à l'ornithose, fait procéder aux épreuves de laboratoire, qui sont positives. La malade guérit en quelques jours de traitement par l'auréomycine.

BRETON, qui a observé deux cas d'ornithose chez l'enfant, l'un d'origine aviaire, l'autre probablement d'étiologie bovine, avec évolution favorable sous l'action de l'auréomycine, discute des problèmes posés par l'association de l'ornithose et d'une primo-infection tuberculeuse.

L'ornithose semble être favorisée par la pré-existence de silicose pulmonaire; VOISIN et RAMON ont étudié l'ornithose chez les silicotiques, mais les rapports entre les deux affections sont conditionnés par des circonstances extérieures aux deux maladies : beaucoup de mineurs du bassin houiller du Nord et du Pas-de-Calais occupent, en effet, leurs loisirs à l'élevage des pigeons.

Chez les silicotiques, l'image pulmonaire de l'affection ornithosique peut en imposer pour une coalescence. Cependant, ces images sont fugaces et peuvent être différenciées par l'aspect en stries, sensiblement horizontales, qui occupent particulièrement les bases pulmonaires. La réaction de la déviation du complément permet de poser le diagnostic de l'affection virale.

GERNEZ-RIEUX et ses collaborateurs ont, en moins de six mois, observé chez ces mineurs de houillères, sept cas d'ornithose alors que ceux-ci souffraient de pneumopathie aiguë. Les réactions sérologiques étaient fortement positives. Chez dix autres sujets présentant des séquelles bronchiques ou radiologiques durables au cours d'épisodes pulmonaires fébriles, la réaction de déviation du complément

pour l'ornithose s'est avérée également positive à des taux faibles : 1/10 à 1/20.

Dans la plupart des observations, il s'agissait d'éleveurs de pigeons.

Nous avons dit que l'albuminurie appartenait classiquement au tableau clinique de l'ornithose, mais qu'en pratique elle était rarement retrouvée.

MICHON et DE LAVERGNE ont cependant rapporté un cas de néphrite aiguë avec syndrome pleuro-pulmonaire dûe à l'ornithose.

Toute néphrite aiguë qui ne fait pas sa preuve streptococcique, commande une enquête virologique aussi poussée et précise que possible, en pensant à une éventuelle ornithose.

IV - DIAGNOSTIC .

Si des notions épidémiologiques, un tableau clinique un peu anormal, vont orienter le diagnostic vers une possible ornithose, c'est en définitive seul le diagnostic sérologique qui emportera la certitude. Mais, déjà, en cours d'évolution, les images radiologiques doivent être connues. Enfin, la discussion du diagnostic différentiel peut s'imposer.

C'est surtout par les erreurs de diagnostic qu'elles sont susceptibles de provoquer, que les images radiologiques de l'ornithose pulmonaire doivent être connues. Elles apportent donc surtout des éléments négatifs, plutôt que des certitudes positives, mais par là encore, elles sont utiles.

Tout d'abord, l'ornithose va donner un aspect radiologique qui est celui de toute pneumonie atypique à virus : la pneumonie hilifuge y est fréquente, de même que les atteintes zonaires, les foyers électivement lobaires moyens. On trouve également assez souvent des opacités nuageuses mal limitées qui risquent d'en imposer pour la tuberculose pulmonaire tertiaire.

A la phase de convalescence, on va observer des images d'atélectasie en bande de FLEISCHNER.

Le diagnostic différentiel essentiel se pose donc avec la tuberculose pulmonaire tertiaire, l'ornithose occupant une place étiologique importante, par ailleurs, dans le syndrome de bronchopneumopathie segmentaire et dans les images de condensations bénignes du lobe moyen.

Mais des caractères radiologiques sont également propres à l'ornithose pulmonaire, en particulier l'intensité de la pneumonie hilifuge, la fréquence des adénopathies hilaires. Mais on risque d'avoir des images rappelant l'infiltrat tacheté de la primo-infection tuberculeuse fistulisée, décrit par DUFOURT et MOUNIER-KUHN.

Dans la primo-infection tuberculeuse authentique, dans l'infiltrat bronchogène de l'ornithose, les lésions occupent les segments antérieurs, et peuvent s'associer dans les deux éventualités encore, à des images de résorption.

H. BOUCHER a indiqué qu'à un examen superficiel des clichés d'ornithose pulmonaire, la confusion avec une primo-infection tuberculeuse compliquée de caverne primo-secondaire est très possible. Mais la labilité de l'image, la réponse négative des réactions tuberculiniques (mais leur positivité est possible en dehors de toute image tuberculeuse...) feront redresser le diagnostic.

Il existe d'autres caractères malheureusement plus contingents, et qui sont la possibilité d'une discordance radiologique inverse, image normale ou subnormale, et signes intenses, persistants et diffus de bronchio-alvéolite, absence des arrêts dans les processus de nettoyage, et qui sont si nets dans la pneumonie atypique à virus. D'autres signes peuvent manquer, tels ces fibroses lentes à disparaître au cours de la convalescence, au lipiodol, la possibilité de distensions diffuses, à distinguer des broncho-ectasies localisées et transitoires des pneumonies atypiques.

Radiologiquement, l'ornithose peut donner des images différentes de celles des autres pneumonies à virus, mais risque aussi de réaliser des aspects trompeurs de primo-infection tuberculeuse fistulisée. La présence de ganglions hilaires, l'intensité de la pneumonie hilifuge, restent les deux grands critères anatomopathologiques dont le retentissement radiologique doit être connu.

Le dernier mot reste au diagnostic sérologique, avec ses tests d'orientation, de présomption, d'affirmation. Mais les indications fournies sont relativement tardives, puisque c'est au moment de la convalescence qu'apparaissent le mieux les anticorps dans l'organisme.

Dans l'épidémie de Saint-Tropez; MOREIGNE et L. MOLLARET ont fait pratiquer un certain nombre de réactions par le Laboratoire de Bactériologie et au Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris, à l'Institut Pasteur enfin, au service des Rickettsioses et au Centre National de la Grippe.

La recherche d'agglutinines froides dans le sérum des malades, les réactions sérologiques de la syphilis, transitoirement positives, indiquent surtout une instabilité sérique : elles furent négatives chez les malades de MOREIGNE, dépourvus d'agglutinines froides sériques.

Les tests de certitude par contre comportent les séro-diagnos-
tics et les réactions de fixation du complément.

Dans la pratique les cas d'ornithose sont arrivés à leur
diagnostic réel dans les conditions suivantes :

- 1) Tests d'orientation : tests usuels, qui recherchent la lymphomono-
nucléose, les agglutinines froides, la sérolo-
gie syphilitique, et tests peu connus, agglu-
tinine du strepto MG, agglutinine T, aggluti-
nine anti-Gallus.
- 2) Tests de certitude, spécifiques pour l'ornithose-psittacose.

Les tests usuels donnent les résultats suivants dans la virose
qui nous occupe :

- l'inversion de la formule leucocytaire avec lymphomononucléose n'est
nullement spécifique, et elle existe dans l'ornithose comme dans toutes
les viroses avec une certaine fréquence, mais assez tardivement, après
une phase de polynucléose.

BOUCHER a trouvé cette inversion dans 61 % des cas. De
même dans l'ornithose, les agglutinines à froid peuvent être présentes
(24 % des cas de cet auteur) mais avec un taux assez faible entre 1/40
et 1/160, inférieur à celui des autres pneumonies à virus.

La présence de réactions sérologiques transitoires positives
pour la syphilis, BW+ de type biologique, confirmé par les dilutions
salines et le test de Nelson, est particulièrement fréquente dans l'orni-
those, ce qui correspond à une instabilité des globulines lors de la mon-
tée des anticorps (LEPINE) .

Les perturbations sont plus nettes que dans les autres pneu-
monies à virus, elles ont été constatées dans 65 % des cas, ce qui don-
ne à cette réaction une grande valeur d'indication.

En résumé, la lymphomonocytose a été constatée dans 61 %
des cas, les agglutinines froides dans 24 % des cas, le BW plus les
épreuves biologiques, dans 67 % des cas.

L'agglutination du streptocoque MG, l'agglutinine T, l'agglu-
tinine anti-Gallus sont d'introduction trop récente dans le diagnostic
biologique de l'ornithose pour qu'il en soit fait état ici.

Tests de certitude : c'est essentiellement la déviation du complément positive avec un antigène du groupe ornithose-psittacose lymphogranulomatose vénérienne, en face de la négativité des réactions pour la grippe et la Q-fever.

L'exclusion de la grippe se fait par réaction de Hirst avec le sérum du malade et les différents antigènes grippaux, A, B, A'PI 53, A'D 48. La réaction d'agglutination des Rickettsies se pratique avec les différentes souches des principes rickettsioses, notamment avec la souche de fièvre Q.

Monsieur MATTHIESEN et Monsieur VILKERT ont montré récemment sur 163 malades les modalités et l'intérêt du diagnostic sérologique de l'ornithose. Ils ont étudié les variations dans le temps et la courbe des anticorps de fixation du complément.

Pour avoir toute sa valeur, la méthode doit être appliquée à trois prélèvements. L'un est fait aussitôt que possible après le début de la maladie; le second environ deux semaines plus tard, et le troisième, quatre semaines après le début de l'affection.

S'il est possible de démontrer une augmentation du taux, le dosage prend une valeur significative. Habituellement, les anticorps de fixation du complément peuvent être retrouvés au cours de la deuxième semaine, mais par suite de l'emploi des antibiotiques, ou par l'entrée en jeu de facteurs individuels, la production des anticorps peut être retardée. C'est ce qui donne tout son intérêt et son importance au troisième prélèvement et à une nouvelle recherche de la déviation du complément.

Ainsi, le seul élément du diagnostic décisif ne va donner de réponse que tardivement. C'est pourquoi, la symptomatologie clinique les aspects radiologiques, bien que nullement pathognomoniques, n'en ont pas moins leur rôle à jouer dans le diagnostic d'orientation, en attendant la confirmation biologique. C'est pourquoi, aussi, le traitement ne commence à être spécifique que lorsque s'amorce la convalescence et avec elle l'apparition des anticorps.

On saura cependant mettre en oeuvre aussi précocement que possible un traitement susceptible de juguler les manifestations fonctionnelles de la maladie, la toux étant, en particulier par sa ténacité, son importance, difficile à supporter. Reste l'asthénie prolongée de la convalescence, qui donne à une affection réputée bénigne une durée et une intensité notables.

V - TRAITEMENT .

Les antibiotiques ne sont pas tous, loin s'en faut, efficaces sur les viroses, mais, à ce titre, il semble bien que l'auréomycine agisse sur elles avec une particulière efficacité. Chaque fois que, le diagnostic d'ornithose étant porté, on s'est adressé à l'auréomycine, on a obtenu la régression des symptômes en quelques jours, et malgré leur caractère rebelle avant le traitement.

L'auréomycine a rétabli la situation dans un cas de BESSON que nous avons cité plus haut, et qui était considéré comme une tuberculose pulmonaire aigüe justiciable d'une cure en sanatorium.....

FAVOUR est lui aussi partisan de l'auréomycine.

P. LEPINE, lui, donne la préférence à la terramycine.

Ces deux antibiotiques, auréomycine et terramycine, ont été en effet efficaces entre les mains de H. BOUCHER et SAUTTER qui ont dû traiter trente-quatre cas d'ornithose en l'espace de quinze mois.

Cependant, dans la moitié des observations, BOUCHER et ses collaborateurs ont eu recours à la pénicilline sans en obtenir d'effet : action nulle ou discutable, apprécient ces auteurs.

Dans les mêmes cas, et dans les autres, par contre, l'auréomycine et la terramycine ont donné constamment des résultats favorables et rapides.

Pour l'un et l'autre antibiotiques, les doses nécessaires sont rarement supérieures à 10 grs. Il suffit, en général de donner un gramme par jour chez l'adulte, et 0 gr 50 chez l'enfant.

La chloromycétine pourrait également être efficace, mais à notre connaissance elle n'a pas encore été largement utilisée dans cette indication de virologie.

BOUCHER, cependant formule la notion apparue, lors de ses essais thérapeutiques, à savoir que dans l'ornithose, comme dans la

grippe, comme dans les pneumonies bactériennes, il existe des cas où la pénicilline semble avoir une action curative au moins relative. Sous l'action de la pénicilline, en effet, on peut voir disparaître une zénoté alors que la toux et la fièvre n'en persistent pas moins, et ne disparaissent qu'après l'intervention de l'auroéomycine ou de la terramycine.

VI - CONCLUSIONS .

- I. - Les cas d'ornithose humaine, maladie généralement contractée par le contact des pigeons, ou des poussières contenant leurs déjections desséchées et renfermant le virus pathogène, semblent actuellement semultiplier, ce qui peut être mis en rapport avec la pullulation des pigeons dans les villes.
- II. - Maladie généralement bénigne, l'ornithose humaine détermine une symptomatologie généralement pulmonaire, parfois neurologique et typhoïde, exceptionnelement rénale. L'intérêt essentiel de l'ornithose pulmonaire est son diagnostic différentiel avec d'autres pneumopathies, en particulier avec la tuberculose soit primaire, soit tertiaire, avec laquelle elle peut peut-être coexister, de même qu'avec la silicose.
- III. - Des erreurs de diagnostic ont en effet pu faire croire à une tuberculose aigüe et entraîner des décisions thérapeutiques inutiles. Aussi, faut-il, outre les notions épidémiologiques, la symptomatologie avec sa toux persistante, l'image radiologique, obtenir le plus précocement possible la confirmation biologique de l'ornithose par la déviation de la fixation du complément. En même temps, on aura exclu les rickettsioses, la syphilis, la grippe, par les tests d'orientation et la recherche de la lympho-mononucléose, les agglutinines froides, les perturbations de la sérologie syphilitique.
- IV. - Les antibiotiques, pénicilline, mais surtout auréomycine et terramycine, sont rapidement efficaces, mais leur emploi est trop souvent retardé par l'apparition des anticorps à partir de la deuxième ou de la troisième semaine seulement de l'évolution, alors que la convalescence s'amorce. Ces antibiotiques n'en sont pas moins utiles, car ils jugulent rapidement une toux tenace, et agissent sur

les lésions bronchiques qui se sont montrées particulièrement durables lors des contrôles endoscopiques éloignés, ce qui donne à l'ornithose une importance que l'habituelle bénignité de l'évolution fait peut-être trop souvent perdre de vue.

Vu, le Président de Thèse
Mr. le Professeur G. LAVIER

Vu, le Doyen,
Monsieur Léon BINET.

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : Illisible.

VII. - NOTES BIBLIOGRAPHIQUES.

- A. BESSON L'ornithose, ou maladie transmise par les pigeons
Bull. Acad. Méd. CXLII pages 81-85, 164, 186, 28
Janvier et 25 février 1958.
- H. BOUCHER Données nouvelles sur l'ornithose (à propos de 34
V. SAUTTER observations recueillies dans l'Armée)
J. THIEBAULT Presse Méd. LXI pages 1236-1238 - 1er Oct. 1953.
- A. BRETON L'ornithose chez l'enfant. A propos de deux obser-
B. GAUDIER vations.
C. VOISIN Société de Pédiatrie, séance du 15 Oct. 1957
M. FOUCAUT
- J. CHAPTAL A propos de 3 cas d'ornithose à forme pulmonaire.
R. SOHIER
R. JEAN Soc. Sc. Méd. Montpellier 3 Mai 1957.
C. CAMPO
- A. DOMART Sur les manifestations neurologiques de l'ornithose
A. NENNA
J. HAZARD Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, séance du 9 Janvier
B. MIGNOT 1959.
- Ch. GERNEZ-RIEUX Ornithose pulmonaire chez les mineurs de charbon
C. VOISIN Etude clinique et épidémiologique
P. RAMON Soc. Path. Thorac. Nord 22 Avril 1956.
J. LEBLOIS
- Ch. GERNEZ-RIEUX Manifestations broncho-pulmonaires de l'orni -
C. VOISIN those. Etude radiologique
J. MEREAU Soc. Fr. Electroradiol. Méd. 17 Juin 1956.
- M. MATTHIESEN Diagnostic sérologique de l'ornithose
M. VOLKERT Danish Med. Bull. III pages 245-247 - Décembre 1956.
- P. MICHON Ornithose-psittacose avec pleurésie à éosinophiles
R. DORNIER Soc. Méd. Nancy 10 Juillet 1957.
A. LARCAN
A. PETERS
- P. MICHON A propos des manifestations rénales de l'ornithose-
E. DE LAVERGNE psittacose
A. LARCAN Soc. Méd. Nancy 30 Avril 1958
O. GUERCY
- E. MOREIGNE Une épidémie à Saint-Tropez.
L. MOLLARET Presse Méd. LXV pages 877-878 - 8 Mai 1957.

- M. PLAUCHU Ornithose pulmonaire à forme pseudo-cavitaire
J. DELMAIS Cessation d'une toux rebelle en 48 heures après bron-
 choscopie
 Soc. Méd. Hôp. Lyon - 4 Février 1957
- C. VOISIN L'ornithose chez les silicotiques
P. RAMON Association Médecine du Travail Région du Nord
J. LEBLOIS séance du 5 Mai 1956.
- H. WAREMBOURG Ornithose pulmonaire avec manifestations méningo-
 encéphalitiques.
 Soc. Path. Thorac. Nord 22 Avril 1956.

TABLE des MATIERES.

	<u>pages</u>
I Avant - propos.....	1
II Epidémiologie.....	4
III Symptomatologie et formes cliniques.....	8
IV Diagnostic.....	14
V Traitement.....	18
VI Conclusions.....	20
VII Notes bibliographiques.....	22

